

Conexão Odontoprev

Um cuidado **multidisciplinar**

A importância de o cirurgião-dentista trabalhar em conjunto com profissionais de outras áreas da saúde



Conheça o Projeto Sorriso Indígena

Há quase 40 anos, a **Odontoprev** surgiu com o propósito de democratizar o acesso à saúde bucal e levar esse cuidado para quem precisa. Em 2023, nos aproximamos ainda mais dessa missão com o lançamento do Projeto **Sorriso Indígena**.

Ao lado de 7 instituições e ONGs, já estamos atuando em diversas regiões do Brasil. E vale lembrar que o trabalho conjunto com as lideranças locais é um pilar essencial do projeto.

Nesse curto período, vimos o Sorriso Indígena crescer e se consolidar. Do começo, com a doação de kits de higiene e atendimentos, passamos a contar também com voluntariado, capacitações, palestras e várias outras ações em prol da saúde e nutrição dessas comunidades.

Veja um pouco do que já realizamos:

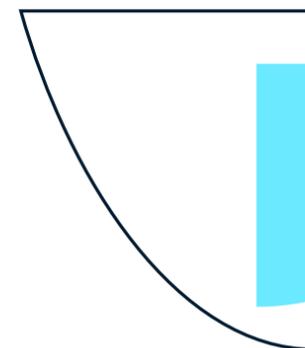
- Mais de 12 comunidades impactadas em 9 estados.
- Cerca de 19.000 pessoas alcançadas.
- Doação de mais de 2.300 kits de higiene bucal.
- Consultas médicas, exames, procedimentos complexos e atendimentos em diversas especialidades.

Quer ser voluntário do projeto Sorriso Indígena?

Mande um e-mail para sustentabilidade@odontoprev.com.br e saiba como.

Juntos, seguiremos atuando em mais comunidades pelo Brasil, levando insumos, atendimentos e capacitações em saúde, sempre em respeito às culturas locais.

O mundo é melhor quando todos sorrimos!



Sumário

Matéria de capa
Cuidado em rede **16**

Informe
Plano de Segurança do Paciente **05**

OBE
Bruxismo e implantes dentários **06**

Artigo
Como lidar com casos de alveolite **11**

Pesquisa e tendências
Terapia com corante de urucum e LED azul combate mau hálito **14**

Gestão de consultório
Gestão do fluxo de caixa **20**

Dedo de prosa
Realidade aumentada **22**

Conselho editorial

Emerson Nakao
José Maria Benozatti
Leandro Marques Avila
Leandro Stocco Baccarin
Regina Juhas
Rodolfo F. Haltenhoff Melani
Simone Maria Alves Tartaglia

burk

Rua Mourato Coelho, 957
Pinheiros – 05417-011
São Paulo – SP
www.burk.com.br
contato@burk.com.br

Eduardo Burckhardt
MTB 43.049
Editor-chefe

Ed Santana
Direção de arte

Fernanda Carpegianni
Vanessa Gomes Lima
Reportagem

Paula Luize Burckhardt
Coordenadora editorial

Lygia Roncel
Revisão

O conteúdo desta obra é de inteira responsabilidade de seu(s) autor(es). Produzido por Burk Editora, sob encomenda de Odontoprev, em janeiro de 2025. Material de distribuição exclusiva à classe odontológica.



Um novo olhar para o cuidado

Na Odontologia, assim como em diversas áreas da saúde, o olhar atento para o paciente como um todo faz toda a diferença. Uma simples avaliação odontológica pode detectar condições que não dizem respeito apenas à saúde bucal, exigindo a atuação de diferentes especialidades médicas e terapêuticas. A integração entre cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas e outros profissionais é essencial para garantir um atendimento seguro e eficaz, principalmente para pacientes com necessidades especiais, doenças crônicas ou condições de saúde complexas.

Na matéria de capa desta edição da revista **Conexão Odontoprev**, exploramos a importância da abordagem interdisciplinar na Odontologia. Por meio do relato de especialistas, a reportagem apresenta exemplos concretos de como essa interação contribui para a qualidade do atendimento, abordando desde a anamnese até a definição do melhor plano terapêutico. É um tema atual e de extrema importância: com a longevidade crescente da população e o aumento da complexidade dos tratamentos odontológicos, torna-se ainda mais evidente a relevância dessa integração. Profissionais preparados para atuar em equipe proporcionam um atendimento não apenas mais completo, mas também mais humano, o que faz com que cada paciente receba o suporte necessário para uma saúde plena.

Nesta edição, também abordamos uma questão de grande relevância clínica: o impacto do bruxismo sobre os implantes dentários. Você lerá na seção OBE que uma recente revisão sistemática analisou a relação entre essa condição e o insucesso dos implantes, apresentando evidências que reforçam a importância do diagnóstico preciso e do planejamento criterioso das reabilitações. O entendimento sobre a fisiologia do bruxismo e sua influência sobre o conjunto implante/prótese permite que os profissionais adotem estratégias mais seguras e eficazes, garantindo longevidade ao tratamento e conforto ao paciente.

Já na seção Pesquisa e Tendências apresentamos um estudo brasileiro sobre uma nova alternativa para tratar a halitose: a terapia fotodinâmica com corante de urucum. Utilizando um LED azul e uma solução de urucum em *spray*, os cientistas conseguiram reduzir o odor desagradável da boca. A simplicidade e o baixo custo do tratamento tornam-no uma alternativa promissora para consultórios odontológicos.

Completam essa edição um artigo técnico com um guia prático para os cirurgiões-dentistas lidarem com casos de alveolite; uma entrevista sobre o uso da realidade aumentada na Odontologia e sua importância no ensino de novos profissionais; um artigo sobre a série de vídeos "Plano de Segurança do Paciente", da Odontoprev; além de um passo a passo sobre como gerenciar o fluxo de caixa na clínica ou no consultório.

Boa leitura a todos!

Conselho Editorial
Revista Conexão Odontoprev

Plano de Segurança do Paciente

A segurança do paciente tem se tornado um tema cada vez mais relevante no setor da saúde, e a Odontoprev busca promover a conscientização sobre a importância da adoção de protocolos seguros em atendimentos odontológicos.

Com o objetivo de disseminar boas práticas para garantir a segurança e o bem-estar dos pacientes em consultórios, a empresa lançou uma série de vídeos educativos. Os conteúdos que fazem parte do "Plano de Segurança do Paciente" são direcionados aos cirurgiões-dentistas da rede e estão disponíveis no Portal do Credenciado.

CONTEÚDOS DA SÉRIE

A série é composta de episódios curtos e dinâmicos, nos quais uma especialista da Odontoprev explica conceitos essenciais de segurança. Entre os temas abordados, destacam-se:

Eventos adversos: como conduzir essas intercorrências, que podem afetar a recuperação do paciente e o resultado do tratamento.

Documentação clínica: o passo a passo para fazê-la da maneira correta, incluindo a adoção do Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, o registro de que o paciente compreendeu e está ciente do procedimento a ser realizado.

Comunicação com o paciente: a importância de explicar o procedimento ao paciente de maneira clara e compreensível.

Cirurgias seguras: quais os princípios para realizá-las com máxima segurança.

A Odontoprev reforça que a segurança do paciente não depende apenas do profissional, mas de um esforço conjunto entre clínicas, operadoras de planos odontológicos e pacientes, para que as boas práticas sejam disseminadas e seguidas.

IMPACTO DO PROJETO

A iniciativa faz parte de um movimento global para elevar os padrões de qualidade e segurança na Odontologia. A adoção de medidas preventivas reduz riscos de complicações, melhora a experiência do paciente e fortalece a credibilidade dos profissionais da área.

Cirurgiões-dentistas que acompanham a série podem implementar as diretrizes em seus consultórios, garantindo um atendimento mais seguro e qualificado. Além disso, a Odontoprev espera que a disseminação das informações contribua para a formação de uma cultura de segurança, beneficiando toda a cadeia do setor odontológico.

COMO ACESSAR

Os vídeos estão disponíveis no portal dos credenciados. Você pode acessá-los diretamente pelo QR Code ao lado.



Bruxismo e implantes dentários

Emerson Nakao
Rodolfo F. Haltenhoff Melani

O construto do bruxismo, ou seja, a ideia ou teoria construída a partir de elementos conceituais ou subjetivos – que buscam representar um fenômeno – mudou a abordagem que considerava unicamente aspectos patológicos para considerar a atividade motora como um fator com relevância fisiológica ou protetora.¹ Um painel de especialistas publicou um artigo de visão geral (consenso), já abordado nesta seção da revista **Conexão Odontoprev** de 2021, edição 34.

Nesse artigo de consenso, de 2018, foi observado que o comportamento de bruxismo isométrico (ou apertamento dos dentes)

pode desempenhar um papel importante, possivelmente maior que o ranger dos dentes, na sobrecarga da articulação temporomandibular e dos músculos mastigatórios, assim como dos próprios dentes, estejam eles hígidos, estejam restaurados ou aguardando restaurações finais. A partir do contato entre dentes antagonistas, a força oclusal, seja ela fisiológica ou não, dissipa-se pelas estruturas vizinhas: do dente para o periodonto, do periodonto para o osso alveolar e do osso alveolar para o osso basal. Assim, é natural concluir que implantes também estariam sujeitos a essa situação, uma vez que receberão cargas oclusais assim que instalada uma prótese.

Acrescenta-se o fato de que, por não possuir um sistema de propriocepção igual ao do dente natural, devido à ausência do ligamento periodontal, o implante pode ser submetido a uma força maior antes que o sistema nervoso central seja avisado por corpúsculos proprioceptivos e controle a força muscular. Nesse cenário, dentistas que trabalham no campo da Odontologia Restauradora ou que lidam direta ou indiretamente com a ATM/dores orofaciais são incentivados a acompanhar essa evolução conceitual, pois compreender o problema (sua origem e desdobramentos) é essencial para oferecer uma solução eficiente e segura para o paciente.

Mas que evidências a literatura apresenta de que implantes dentários podem ser afetados negativamente pelo bruxismo? Uma recente revisão sistemática e meta-análise² de 27 estudos primários — selecionados de uma busca inicial de 1.338 — levantou dados suficientemente sólidos para estabelecer uma relação entre o bruxismo e a falha de implantes, o que resultou em uma forte recomendação para que essa condição de atividade muscular seja cuidadosamente considerada durante a fase de planejamento de reabilitações, inclusive aquelas em que se pretende utilizar implantes, alertando para um risco maior de perda óssea marginal em pacientes que apertam e/ou rangem os dentes.

Nesses casos, como critérios, podem ser utilizados tipos (comprimento e largura), número de implantes em relação ao número de dentes perdidos, evitar próteses de extremos livres (sem apoio), união dos implantes pelas coroas para uma distribuição de cargas oclusais mais homogênea, assim como a recomendação do uso de placa miorelaxante noturna após o fim da reabilitação.

A etiologia do bruxismo não é clara, mas parece ser multifatorial. Segundo dados levantados por uma revisão sistemática e meta-análise de 2016,³ alguns pesquisadores consideram pequenas alterações morfológicas periféricas e centrais em regiões específicas do cérebro as duas principais teorias causadoras do bruxismo. Outros adicionam fatores fisiopatológicos e psicossociais aos morfológicos, que podem desempenhar papéis importantes na etiologia do bruxismo. Cerca de 70% dos artigos selecionados apontam a fisiopatologia como o possível fator etiológico. Outros fatores promotores de bruxismo podem incluir idade mais baixa, sexo feminino, consumo de tabaco e álcool, fatores

genéticos, uso de medicamentos e de drogas. Como todos os estudos têm limitações inevitáveis no *design*, há uma probabilidade de viés. Assim, todas essas informações devem ser entendidas como “pistas” para um melhor entendimento do problema e para a elaboração de uma abordagem mais personalizada, pois cada caso vai apresentar suas particularidades.

Por último, é preciso entender que, talvez, a solução mais eficiente e segura para lidar com o bruxismo, até agora, é não obter a “cura” — como já sugere o conceito atual, que não o considera uma doença —, mas a busca do alívio da sintomatologia, assim como das consequências da pressão e/ou atrito não funcional entre os dentes, prevenindo danos adicionais, levando-se em consideração todos os possíveis fatores envolvidos.

Quando esses objetivos ficam claros na mente do clínico, o uso de placas miorelaxantes começa a fazer sentido, sendo respaldado pela literatura. Utilizar uma placa protetora é a cura do bruxismo? Nunca foi. O que poucos sabem é que a placa de Michigan (de resina acrílica com guias de desocclusão) foi originariamente concebida com base em conceitos sobre oclusão para se fazer diagnóstico, e não para tratamento. Ao recuperar-se o equilíbrio da oclusão, percebeu-se o recuo da sintomatologia e, como consequência, um melhor entendimento da determinação da posição mandibular mais favorável para uma reabilitação.

Entende-se que essa é uma forma de gerenciar o problema, uma vez que o entendimento sobre sua origem e fisiologia não é suficiente para a elaboração de uma estratégia definitiva que ponha fim ao problema. Ter isso em mente ao lidar com casos de bruxismo pode ajudar a evitar a frustração do profissional e a decepção do paciente, ao mesmo tempo que melhora a comunicação entre eles.

Então, o bruxismo pode afetar um implante dentário? A literatura aponta, mas não de forma unânime, para possíveis efeitos danosos, mas somente após a instalação da prótese, ou seja, apenas para complicações mecânicas, sendo considerado, portanto, um risco que deve ser levado em conta no planejamento de reabilitações com implantes.^{2,3,4,5}

“Recente revisão sistemática levantou dados que permitem estabelecer uma relação entre o bruxismo e a falha de implantes”

Que tipo de problema pode causar a sobrecarga do conjunto implante/prótese?

- Fratura do corpo do implante⁷
- Fratura de componentes (parafuso de fixação)
- Desgaste precoce ou fratura (“chipping”) do revestimento estético (resina ou cerâmica) de coroas unitárias e múltiplas³
- Associado a complicações biológicas⁷

Em 2012, Albrektson descreveu em seu artigo⁸ que, embora a modalidade de reabilitação por implante seja a mais utilizada e segura para os pacientes que dela necessitam, estima-se que apenas 66,4% deles apresenta ausência de intercorrências após a instalação da prótese. Assim, falhas em implantes relacionadas à sobrecarga oclusal parecem ser mais comuns do que se imagina. Entretanto, é preciso atenção para não confundir esse dado com o índice de sucesso da cirurgia de implante, que é alto e comparável ao do tratamento endodôntico. As falhas mecânicas começam a se tornar mais evidentes após a instalação das próteses, ou seja, a partir do momento clínico em que os implantes são submetidos à carga. Como o bruxismo eleva significativamente essa carga oclusal, é de esperar que algum dano aconteça.

Quando se trata de falhas em implantes, deve-se entender que elas podem ser de dois tipos: biológicas e mecânicas.² Tudo o que se refere a forças oclusais (fisiológicas ou não) e a como se dissipam pelos corpos envolvidos está relacionado a fatores mecânicos que podem influenciar no sucesso ou insucesso dos implantes. As falhas biológicas estão relacionadas às consequências do acúmulo de placa bacteriana prolongado nas superfícies do implante próximas à gengiva, ou seja, perimucosite, peri-implante e consequente perda óssea marginal. Embora haja uma associação entre dissipação desfavorável de forças oclusais e alteração do metabolismo ósseo ao redor dos implantes, segundo Zhou 2016,³ essa divisão ajuda no entendimento das complicações às quais os implantes estão sujeitos. Em uma revisão sistemática,⁴ essa divisão ficou bem explicada, e concluiu-se que o bruxismo não parece estar relacionado a falhas biológicas dos implantes, mas a falhas mecânicas.

Que evidência suporta essa associação? Segundo uma revisão sistemática³ que submeteu sete estudos de coorte à meta-análise, pode-se concluir que, diferentemente do que ocorre com os pacientes que não apresentam bruxismo, as próteses sobre implantes de pacientes que apertam e/ou rangem os dentes têm uma taxa de falha mais alta. Em relação à densidade muscular e à força de mordida de portadores da parafunção, segundo a literatura disponível, concluiu-se que ambas são superiores quando comparadas à de não portadores. Foi relatado que o valor da força de mordida máxima (FMM) era de $105,1 \pm 34,2$ N no grupo de pacientes com bruxismo, enquanto era de $81,3 \pm 31,0$ N no grupo de controle ($p < 0,05$) na área dos incisivos. Enquanto isso, na região do primeiro molar, foram observados valores de FMM mais altos e maior duração dos eventos de bruxismo, o que permite ao leitor concluir que a sobrecarga, em dentes naturais, artificiais ou estruturas adjacentes, é um fenômeno físico esperado (transmissão de forças entre corpos em contato).

“**Bruxismo é fator relevante a ser considerado em qualquer tipo de reabilitação dentária, indica a literatura**”

Adiciona-se a esse dado o fato de que a propriocepção ao redor dos implantes dentários e, conseqüentemente, os mecanismos de *feedback* proprioceptivo para os músculos de fechamento da mandíbula ficam limitados devido à ausência de ligamentos periodontais. Como a transmissão de forças entre implante e osso ocorre diretamente de um corpo a outro, duas situações em que a sobrecarga pode acontecer se fazem presentes:

durante a mastigação e a parafunção, levando às intercorrências anteriormente citadas e ao desequilíbrio da remodelação e da absorção óssea, culminando em complicações biológicas (peri-implantite com perda óssea marginal). Não é de estranhar que o lascamento (conhecido como “chipping”) ou a fratura de porcelana em coroas suportadas por implantes são complicações comuns nesses pacientes. Mas não são as únicas.

É interessante salientar que alguns estudos clínicos sugeriram que o bruxismo não pôde ser confirmado como a causa principal ou única, mas como um dos fatores que podem contribuir para o insucesso do implante, o que faz sentido. Um desses estudos,⁹ fazendo uma análise retrospectiva de mais de 2.000 implantes instalados em maxila e mandíbula para overdentures (*All on four*), relaciona como fatores coadjuvantes densidade óssea, idade do paciente, posição mais distal e inclinação do implante, tipo de dentição antagonista, tabagismo, volume ósseo, torque de inserção do implante, fatores sistêmicos e, claro,

o bruxismo. Outro estudo⁶ aponta que o tipo de implante, assim como seu diâmetro e comprimento, além de má higienização e infecção pós-operatória, também podem ser citados como fatores a se levar em consideração. Percebe-se aqui que a divisão das falhas dos implantes em mecânicas e biológicas ajuda na compreensão da origem do problema, informação essa que, com certeza, contribuirá para a sua solução.

Então, fica claro que é crítico o diagnóstico do bruxismo e dos demais fatores aqui citados na fase de planejamento de tratamentos reabilitadores que envolvem o implante dentário, pois é a partir dessa informação que o plano de tratamento será formulado. Porém (e sempre existe um “porém”), não há na literatura uma definição consistente de bruxismo, o que impede a formulação de critérios de diagnóstico igualmente consistentes, ou seja, não há um método padrão ouro para diagnosticar o bruxismo. E tem mais: segundo uma declaração de consenso sobre as melhores evidências publicada em 2020,¹⁰ devido às variações demográficas e à dependência de dados anamnésicos, a verdadeira prevalência de bruxismo em qualquer população específica é desconhecida. Há também evidências moderadas de que fatores psicossociais, como estresse, humor, angústia, nervosismo e sensação de tristeza, estão associados ao bruxismo do sono (BS), bem como à cafeína, ao consumo de álcool e ao tabagismo. Não há consenso sobre quais sintomas de BS ou bruxismo de vigília (BV) devem ser tratados. Há algumas evidências de que dispositivos oclusais e terapias de *biofeedback* podem ser utilizados no tratamento do BS. Há evidências conflitantes com relação ao uso da toxina botulínica A e nenhuma evidência convincente do uso de terapia medicamentosa para tratar o BS. Não existe uma cura estabelecida para o bruxismo.

Diante de tantas incertezas, como proceder? Começando pelo diagnóstico. A literatura nos mostra que uma abordagem indireta, por meio de perguntas no questionário de anamnese que rastreiem queixas relacionadas ao bruxismo (dores/incômodo nos músculos da face e/ou articulações temporomandibulares, stress, sensibilidade nos dentes), associada à abordagem direta, por meio de exame clínico (desgastes dentários incompatíveis com a idade, incômodo/dificuldade de abertura de boca, confirmação do histórico clínico de ausências dentárias por fratura), além de técnicas eletromiográficas e polissonográficas, estão disponíveis para o diagnóstico de bruxismo.^{11,12,13} No entanto, os métodos mais amplamente usados para diagnosticar bruxismo são os relatos do paciente (ou de uma queixa de seu parceiro) e/ou o exame do desgaste dos dentes, e a vivência do profissional. Parece (e é) pouco, subjetivo, mas é o que a ciência oferece

até o momento. Até mesmo uma declaração de consenso¹⁰ conclui que o clínico estará mais bem servido no uso de cautela na reabilitação dentária de pacientes com desgaste oclusal severo.

Quando a reabilitação envolve implantes, a literatura recomenda que se invista tempo na pesquisa de dados anamnésicos e clínicos, para buscar um diagnóstico mais preciso do bruxismo, que determine inclusive o tipo de bruxismo (bruxismo de vigília ou bruxismo do sono) e sua gravidade. Seguem abaixo algumas recomendações extraídas da revisão sistemática de Zhou 2016:³

- Colocar mais implantes bem posicionados e distribuídos no arco/espço protético contribuem para a redução da sobrecarga.
- Implantes mais longos com diâmetro maior aumentariam a área de contato do osso com o implante, o que também poderia reduzir o estresse dissipado ao redor do implante.
- Próteses suportadas por implantes dentários devem ser projetadas cuidadosamente durante os procedimentos de tratamento. As cúspides funcionais têm contatos oclusais, e os planos inclinados oclusais não devem contactar; excursão lateral deve ser evitada.
- O comprimento do cantiléver e o tamanho da coroa protética devem ser reduzidos, usando superfície oclusal de metal, se possível.
- Finalmente, a manutenção adequada também é necessária. Se o paciente sofre com bruxismo de vigília, o clínico deve orientá-lo para monitorar-se e controlar esse tipo de problema. Se o paciente sofreu com bruxismo do sono, um aparelho de estabilização oclusal de proteção noturna pode ser útil para reduzir a ocorrência de complicações de implantes dentários para bruxômanos noturnos.
- Ou seja, os clínicos devem prestar mais atenção em bruxômanos ao considerar a terapia com implantes.

Parece haver um consenso na literatura de que o bruxismo é um fator relevante a ser considerado em qualquer tipo de reabilitação dentária, inclusive naquelas em que o implante osseointegrável é utilizado. Falhas mecânicas, que podem ser mais frequentes do que se imagina, estão diretamente relacionadas a como as forças oclusais se distribuem a partir do contato dentário, sejam elas fisiológicas ou não. Assim, o conhecimento dos profissionais sobre oclusão dentária é de extrema relevância,

entretanto parece não receber a merecida atenção. Manutenção da higiene oral também é algo de extrema importância, afinal, a falta dela é um dos principais fatores de perda dentária, além de estar diretamente relacionada à perda óssea marginal nos implantes. E, embora não haja até o momento um consenso sobre como definir, diagnosticar e tratar/gerenciar o bruxismo, o profissional não deve considerá-lo um completo impeditivo para a reabilitação de ausências dentárias com implantes. Essa é uma decisão compartilhada que deve levar em consideração

três pontos fundamentais: melhor evidência disponível, expertise profissional e vontades/desejos do paciente. Recomenda-se que o profissional dedique tempo não somente ao diagnóstico e ao plano de tratamento, mas na comunicação com o paciente, deixando claro o que é uma reabilitação bucal envolvendo implantes, quanto tempo e recursos financeiros serão investidos e os cuidados que o paciente deverá ter para reduzir riscos de falhas. Esses aspectos serão explicados ao paciente e registrados em um termo de consentimento com a sua devida assinatura. ♥

REFERÊNCIAS:

- Manfredini D, Ahlberg J, Lobbezoo F. Bruxism definition: Past, present, and future - What should a prosthodontist know? J Prosthet Dent. 2022 Nov;128(5):905-12. doi: 10.1016/j.prosdent.2021.01.026. Epub 2021 Mar 5. PMID: 33678438.
- Häggman-Henrikson B, Ali D, Aljamal M, Chrcanovic BR. Bruxism and dental implants: A systematic review and meta-analysis. J Oral Rehabil. 2024 Jan;51(1):202-17. doi: 10.1111/joor.13567. Epub 2023 Aug 17. PMID: 37589382.
- Zhou Y, Gao J, Luo L, Wang Y. Does bruxism contribute to dental implant failure? A systematic review and meta-analysis. Clin Implant Dent Relat Res. 2016 Apr;18(2):410-20. doi: 10.1111/cid.12300. Epub 2015 Mar 2. PMID: 25726844.
- Manfredini D, Poggio CE, Lobbezoo F. Is bruxism a risk factor for dental implants? A systematic review of the literature. Clin Implant Dent Relat Res. 2014 Jun;16(3):460-9. doi: 10.1111/cid.12015. Epub 2012 Nov 13. PMID: 23151302.
- Youssef A, Hobeiche J, El Zoghbi A, Mortada R, Salameh Z. Bruxism and implant: where are we? A systematic review. Bull Natl Res Cent. 2022;46:172. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s42269-022-00852-7>
- Manfredini M, Poli PP, Giboli L, Beretta M, Maiorana C, Pellegrini M. Clinical factors on dental implant fractures: a systematic review. Dent J (Basel). 2024 Jun 28;12(7):200. doi: 10.3390/dj12070200. PMID: 39056987.
- Stoichkov B, Kirov D. Analysis of the causes of dental implant fracture: A retrospective clinical study. Quintessence Int. 2018;49(4):279-286. doi: 10.3290/j.qi.a39846. PMID: 29435519.
- Albrektsson T, Donos N; Working Group 1. Implant survival and complications. The Third EAO consensus conference 2012. Clin Oral Implants Res. 2012 Oct;23 Suppl 6:63-5. doi: 10.1111/j.1600-0501.2012.02557.x. PMID: 23062128.
- Parel SM, Phillips WR. A risk assessment treatment planning protocol for the four implant immediately loaded maxilla: preliminary findings. J Prosthet Dent. 2011 Dec;106(6):359-66. doi: 10.1016/S0022-3913(11)60147-9. PMID: 22133392.
- Goldstein G, DeSantis L, Goodacre C. Bruxism: Best Evidence Consensus Statement. J Prosthodont. 2021 Apr;30(S1):91-101. doi: 10.1111/jopr.13308. PMID: 33331675.
- Koyano K, Tsukiyama Y, Ichiki R, Kuwata T. Assessment of bruxism in the clinic. J Oral Rehabil. 2008 Jul;35(7):495-508. doi: 10.1111/j.1365-2842.2008.01880.x. PMID: 18557916.
- Rivera-Morales WC, McCall WD Jr. Reliability of a portable electromyographic unit to measure bruxism. J Prosthet Dent 1995; 73:184-89. doi: 10.1016/s0022-3913(05)80160-x. PMID: 7722935.
- Lobbezoo F, van der Zaag J, van Selma MK, Hamburger HL, Naeije M. Principles for the management of bruxism. J Oral Rehabil 2008; 35:509-23. doi: 10.1111/j.1365-2842.2008.01853.x. PMID: 18557917.

**Prof. Emerson Nakao**

Mestre e Especialista em Prótese Dentária e professor da FFO-Fundectó, fundação conveniada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP)

**Prof. Dr. Rodolfo Francisco Haltenhoff Melani**

Professor titular do Departamento de Odontologia Social e responsável pela área de Odontologia Legal do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, ambos na FOUSP

Como lidar com casos de alveolite

Confira um guia prático para o cirurgião-dentista

A exodontia é um dos procedimentos mais comuns na prática odontológica, sendo essencial na remoção de dentes comprometidos, com foco na saúde bucal do paciente. Quando realizada com técnica adequada e respeitando os princípios fundamentais, o índice de complicações é relativamente baixo.¹ No entanto, a alveolite é uma das principais complicações que podem ocorrer após uma exodontia, especialmente em terceiros molares inferiores. Essa condição merece atenção devido ao desconforto que causa ao paciente e à necessidade de intervenção clínica adequada para prevenir complicações adicionais.

INCIDÊNCIA E FATORES DE RISCO

A incidência de alveolite varia de 0,5% a 5% em exodontias gerais,² podendo atingir até 20% em casos de remoção de terceiros molares impactados.³ Determinados fatores podem aumentar significativamente o risco de ocorrência, incluindo:

- Hábitos pessoais: pacientes fumantes apresentam maior risco devido à diminuição da vascularização local e aos efeitos tóxicos do tabaco sobre a reparação alveolar.⁴
- Higiene bucal comprometida: a presença de biofilme dental contribui para o risco de infecções e complicações locais.

- Uso de anticoncepcionais orais: alteram os níveis hormonais e podem comprometer o processo de reparação.
- Fatores técnicos: traumas cirúrgicos extensos, tempo operatório prolongado e quebra na cadeia asséptica também são fatores relevantes.
- Fatores sistêmicos: a diminuição da capacidade imunológica devido a doenças sistêmicas (anemias), metabólicas (diabetes), entre outras, assim como um tratamento farmacológico prolongado com corticosteroides, favorece o desenvolvimento da alveolite.⁶

Geralmente, a alveolite se manifesta entre 48 e 72 horas após a extração, sendo essencial o acompanhamento clínico próximo nos primeiros dias.

CLASSIFICAÇÃO: ALVEOLITE SECA E GRANULOMATOSA

A alveolite pode ser classificada em dois tipos principais: seca e granulomatosa. A alveolite seca, também conhecida como “dry socket”, caracteriza-se pela ausência de coágulo sanguíneo no alvéolo, resultando em exposição óssea e dor intensa. Já a alveolite granulomatosa ocorre devido à presença de tecido de granulação infectado no alvéolo, frequentemente associada a infecções

secundárias. Embora os dois tipos provoquem dor e desconforto, a abordagem clínica de ambos é distinta, o que torna essencial identificar corretamente o tipo para determinar o tratamento mais eficaz.³

DIAGNÓSTICO

O reconhecimento precoce dos sinais e sintomas é fundamental para iniciar o tratamento adequado e minimizar o desconforto do paciente. Entre os principais sinais e sintomas, destacam-se:

- **Dor intensa e persistente:** geralmente localizada no alvéolo, mas que pode irradiar para regiões adjacentes, como ouvido, mandíbula e região temporal.
- **Exposição do osso alveolar:** visível na inspeção clínica.
- **Halitose e gosto desagradável:** devido à presença de tecidos necróticos ou infecção secundária.
- **Ausência do coágulo sanguíneo:** um dos sinais clássicos da alveolite seca.
- **Edema e linfadenopatia:** mais comuns em casos severos ou quando há infecção associada.

O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado na inspeção visual e no relato do paciente.

COMPLICAÇÕES SECUNDÁRIAS

Se não tratada adequadamente, a alveolite pode levar a complicações graves como:

- Infecções secundárias que exigem intervenções mais invasivas.
- Osteomielite local.
- Desconforto prolongado e comprometimento significativo da qualidade de vida do paciente.

Portanto, é crucial que o cirurgião-dentista atue de maneira proativa no manejo da condição.

PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO

O manejo eficaz da alveolite requer uma abordagem estruturada, focada no alívio da dor e na prevenção de infecções secundárias.

O protocolo pode ser dividido em:

1. Higienização do alvéolo

- Realizar irrigação suave com solução salina ou clorexidina a 0,12%.
- Remover detritos e tecidos necrosados com instrumental estéril.

2. Aplicação de curativo local

- Para alveolite seca: após irrigação, se necessário, utilizar pastas alveolares, como óxido de zinco com eugenol, para proteger o alvéolo e aliviar a dor. Esses curativos promovem alívio sintomático imediato e ajudam na proteção da área exposta. No entanto, eles retardam o processo de reparação alveolar. Pastas à base de própolis e iodofórmio também são utilizadas.

- Para alveolite granulomatosa: realizar desbridamento minucioso, removendo tecidos desorganizados, infectados ou de granulação. Após a limpeza, considerar o uso de curativos contendo agentes antimicrobianos para controlar a infecção subjacente.

Pode ser realizada a terapia fotodinâmica (aPDT) para o controle da infecção local.

3. Controle da dor

- Avaliar a necessidade de bloqueio anestésico local em casos de dor intensa.
- Prescrever analgésicos sistêmicos, como dipirona e paracetamol.

4. Tratamento farmacológico

- Anti-inflamatórios não esteroidais podem ser prescritos para reduzir a inflamação.
- Antibióticos devem ser indicados em casos de alveolite granulomatosa com sinais claros de infecção secundária ou em pacientes imunossuprimidos.⁵

ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

Um acompanhamento rigoroso é indispensável para garantir a resolução do caso e prevenir recorrências:

- Realizar consultas de reavaliação a cada 48-72 horas.

- Ajustar os curativos e a medicação conforme a evolução do caso.
- Orientar o paciente sobre cuidados específicos, como evitar sucção, mastigação no lado afetado e tabagismo durante o período de recuperação.
- Confirmar a completa reparação do alvéolo antes de finalizar o caso.

PREVENÇÃO: REDUZINDO OS RISCOS

Prevenir a alveolite é sempre o melhor caminho. Para isso, o cirurgião-dentista deve:

Na anamnese

- Identificar fatores de risco, como tabagismo e uso de medicamentos.
- Esclarecer o histórico odontológico e cirúrgico do paciente.

Durante o procedimento

- Garantir assepsia adequada do campo operatório.
- Minimizar traumas cirúrgicos, utilizando técnicas que minimizem o trauma local visando preservar os tecidos adjacentes.
- Orientar o paciente sobre cuidados pós-operatórios, como evitar bochechos vigorosos, evitar consumir alimentos com grãos, evitar sucção, consumir alimentos pastosos gelados nas primeiras 48 horas, não fumar.
- Prescrever antissépticos orais para uso imediato após a cirurgia, manter o local limpo.
- Aplicação de gel de clorexidina no alvéolo após a exodontia.⁷

Com essas medidas, é possível reduzir significativamente a incidência de alveolite e promover melhores resultados clínicos.

CONCLUSÃO

A alveolite é uma complicação comum, mas evitável, da exodontia. O manejo adequado, com uma abordagem baseada em evidências, garante não apenas a resolução rápida da condição, mas também a satisfação do paciente. A prevenção, associada à intervenção precoce e à educação do paciente, é o alicerce para um atendimento de excelência. ♥

REFERÊNCIAS:

1. Gregori C, de Campos AC. Cirurgia buco-dento-alveolar. 2 ed. São Paulo : Sarvier; 2004.
2. Rohe C, Schlam M. Alveolar Osteitis. 2023 May 29. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. PMID: 35881742.
3. Hupp JR, Ellis III E, Tucker MR. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 7 ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan; 2021.
4. Kuśnierek W, Brzezińska K, Nijakowski K, Surdacka A. Smoking as a risk factor for dry socket: A systematic review. Dent J (Basel). 2022 Jul 1;10(7):121. doi: 10.3390/dj10070121. PMID: 35877395.
5. Camps-Font O, Sábado-Bundó H, Toledano-Serrabona J, Valmaseda-de-la-Rosa N, Figueiredo R, Valmaseda-Castellón E. Antibiotic prophylaxis in the prevention of dry socket and surgical site infection after lower third molar extraction: a network meta-analysis. Int J Oral Maxillofac Surg. 2024 Jan;53(1):57-67. doi: 10.1016/j.ijom.2023.08.001. Epub 2023 Aug 21. PMID: 37612199.
6. Figueiredo Filho CWD, Santana MR, Sales PHH. Alveolitis as a complication of third molar extraction: a literature review. BJHR. 2023;6(6):30423-32. doi:10.34119/bjhrv6n6-296.
7. Gumrukcu Z, Karabag M, Guven SE. The effects of chlorhexidine gel and tranexamic acid application after tooth extraction on the risk of alveolar osteitis formation: a double blind clinical study. Clin Oral Investig. 2024 Aug 21;28(9):494. doi: 10.1007/s00784-024-05886-x. PMID: 39167305.

“Se não tratada adequadamente, a alveolite pode levar a complicações graves”



Prof. Dra Mariana Aparecida Brozowski

Professora doutora de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Vice coordenadora do Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário HU - USP



Prof. Dr Daniel Falbo Martins de Souza

Coordenador do Núcleo de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Samaritano Paulista. Diretor do Centro de Treinamento Internacional IBRA no Hospital Samaritano Higienópolis

Terapia com corante de urucum e LED azul combate mau hálito

Pesquisa chama a atenção por utilizar fotopolimerizador já presente nos consultórios e planta nativa do país

Terapia com corante de urucum e LED azul combate mau hálito

A dificuldade de respirar pelo nariz é uma condição que afeta cerca de 50% da população e provoca diversos sintomas, entre os quais o mau hálito. Isso porque, ao inspirar e expirar pela boca, há uma maior evaporação de saliva, que tem uma importante ação antimicrobiana. Sem ela, um dos principais fatores para a halitose, o cheiro ruim na boca, se intensifica: a decomposição de restos de comida, de pele e de sangue na superfície da língua por bactérias anaeróbicas.

Os tratamentos mais comuns para o problema incluem o uso de produtos de higiene com ação bactericida, o raspador de língua, o combate à cárie, a prevenção de lesões e inflamações na gengiva e os cuidados para evitar a sensação de boca seca. Agora, uma nova alternativa de fácil aplicação em consultórios foi descoberta por um grupo de pesquisadores brasileiros: a terapia fotodinâmica com corante de urucum.

O estudo foi publicado em setembro de 2024 na revista digital *Plos One* e originou-se de uma pesquisa realizada por Laura Hermida Cardoso, da Universidade 9 de Julho, em São Paulo, e da Universidade Católica do Uruguai. O artigo também contou com a parceria de pesquisadores da Universidade Metropolitana de Santos.

O método foi testado em 26 crianças com idades entre 6 e 12 anos diagnosticadas como respiradoras bucais. Elas e seus pais foram

orientados a garantir uma rotina correta de escovação dos dentes e de uso do fio dental três vezes ao dia. Após 30 dias da primeira medição do hálito com um instrumento conhecido como “*The Breath Alert*”, essas crianças voltaram ao consultório para uma sessão de terapia fotodinâmica com corante de urucum.

A mediação foi repetida duas vezes após a aplicação: a primeira, sete dias depois, e a segunda, trinta. Um segundo grupo de 26 crianças que também respiram pela boca, por sua vez, passou pela mesma rotina de higiene bucal, mas não recebeu o tratamento fotodinâmico. Em vez disso, as crianças desse grupo de controle passaram pelo procedimento convencional de raspagem de língua.

USO DO LED AZUL

No estudo em questão, foi empregado um aparelho fotopolimerizador de LED azul comumente usado em consultórios odontológicos para fixar e endurecer materiais dentários, como resinas e adesivos. E, como agente fotossensibilizador, foi escolhido o corante vermelho de urucum, aplicado no terço médio do dorso da língua, ou seja, na parte de trás, por meio de uma solução em spray com 20% de concentração.

Após uma espera de dois minutos para permitir a incubação, o excesso do produto foi aspirado, sem utilização de água. Em se-

guida, a área foi irradiada com o LED azul em seis pontos, com 1 centímetro de distância entre eles, durante 20 segundos cada um.

BONS RESULTADOS

Os pesquisadores concluíram que tanto a terapia fotodinâmica com urucum quanto o uso do raspador de língua reduziram o mau hálito das crianças que participaram do estudo, mas o primeiro método se provou significativamente mais efetivo do que o segundo. Ou seja, houve uma melhora maior no odor da boca das crianças que receberam o tratamento com urucum.

Em ambos os casos, a redução da halitose se manteve tanto na medição feita imediatamente após os tratamentos quanto nas que foram realizadas após sete e trinta dias. Não foram verificadas diferenças entre meninas e meninos quanto à efetividade dos procedimentos. Os pesquisadores observam que, ainda que o estudo tenha sido realizado com crianças, o método pode ser adotado também em adultos.

A possibilidade de ter um tratamento para halitose em que bas-

ta dispor de um instrumento já existente na maioria dos consultórios e de uma solução de corante de urucum, cuja patente foi registrada pelos pesquisadores, é promissora por ser um método simples e barato.

“Um tratamento para halitose nos moldes indicados pela pesquisa é promissor por ser um método simples e barato”

O urucuzeiro, de nome científico *Bixa orellana*, é uma árvore nativa das Américas do Sul e Central e as sementes abundantes de seu fruto, o urucum, são uma fonte de baixo custo para a fabricação de corante vermelho. Urucum, aliás, significa “vermelho” em tupi-guarani.

Agora, além de corante natural com diferentes aplicações, como na culinária, e de insumo para produtos cosméticos, ele prova-se útil também no tratamento de mau hálito. ♥

PARA SABER MAIS:

Artigo original: Bruno LH, Mandetta ARH, Sobral APT, Leal Gonçalves ML, Santos EM, et al. Assessment of photodynamic therapy with annatto and led for the treatment of halitosis in mouth-breathing children: Randomized controlled clinical trial. *PLoS One*. 2024;19(9): e0307957. doi: 10.1371/journal.pone.0307957.



Cuidado em rede

Enxergar o paciente de forma integral é essencial para garantir tratamentos seguros e eficientes. Para isso, é fundamental que o cirurgião-dentista possa trabalhar em conjunto com profissionais de outras áreas da saúde

Imagine que uma criança com certo tipo de necessidade especial chegue ao consultório de um odontopediatra para fazer uma avaliação de saúde bucal. O profissional precisará realizar uma anamnese cuidadosa para entender quais são as condições preexistentes, possíveis riscos e limitações e o quadro físico e mental geral, antes de recomendar e executar qualquer tratamento. Além disso, dependendo da complexidade do caso, é muito provável que seja necessário o trabalho em conjunto com fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, entre outros, para abordar questões referentes à mastigação, à fala e à respiração. E esta é apenas uma de várias situações em que um cuidado integrado de um cirurgião-dentista com outras especialidades em saúde é indispensável.

A abordagem multidisciplinar faz toda a diferença, tanto em termos de resultados como de segurança, em tratamentos de pacientes oncológicos, cardiopatas, diabéticos e hipertensos, entre outros. A cirurgiã-dentista Juliana Bertoldi Franco, coordenadora do Serviço de Odontologia do Instituto da Criança e do Adolescente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFM-USP) e presidente da

Câmara Técnica de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CROSP) vive isso todos os dias. “Hoje, trabalho com pacientes com deficiência e atuo na área de odontologia hospitalar. Na minha área de atuação, interajo muito com médicos porque lido com essa complexidade”, diz ela. “Trabalho muito em conjunto com fisioterapeutas, nutricionistas, enfermeiros, fonoaudiólogos, farmacêuticos, assistentes sociais”, enumera.

Embora em um ambiente hospitalar, onde já existem diversos tipos de profissional de saúde trabalhando em equipe, seja mais fácil imaginar a abordagem interdisciplinar, essa colaboração também pode – e deve – ocorrer nos consultórios. “É mais reduzido porque, geralmente, o paciente vai ao consultório atrás de procedimentos odontológicos convencionais, então, a interdisciplinaridade costuma estar relacionada às especialidades da Odontologia”, aponta Juliana.

Um periodontista pode trabalhar em conjunto com um especialista em traumatologia bucomaxilofacial ou com um implantodontista, com um ortodontista, por exemplo, a depender da condição e das necessidades de cada caso. “Existem também as

situações em que se faz necessária a busca de um aval clínico, que pode ser importante para conferir segurança a certos procedimentos”, diz a cirurgiã-dentista.

INTEGRAÇÃO INTERDISCIPLINAR E LONGEVIDADE

A integração entre odontologistas de diferentes áreas e com equipes de outras categorias da saúde tem acontecido de forma mais frequente hoje do que era há alguns anos. Uma das explicações? Estamos vivendo mais. “Com o aumento da expectativa de vida da população, mais doentes ficamos. Então, amplia-se a necessidade de colaboração com outros profissionais de saúde nos tratamentos odontológicos”, explica Juliana.

A constatação é detalhada em um artigo de Rosemary Sadamy Arai Shinkai e Altair Antoninha Del Bel Cury, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp-SP), publicado no periódico científico *Cadernos de Saúde Pública*. “Considerando-se a diversidade e a complexidade do idoso, a atuação de uma equipe interdisciplinar torna-se fundamental, na medida em que participa, analisa e integra conhecimentos específicos de diversas áreas com o objetivo comum de promover e manter a saúde. A assistência à terceira idade é uma área de contato de muitas

especialidades; a troca de conhecimentos facilita a atuação de cada elemento do grupo dentro do conceito de ‘descentralização integrada’”, analisa o trabalho.

Por meio de uma linguagem comum às áreas envolvidas, é feita uma intersecção dos conhecimentos entre todas e, então, é realizado um planejamento integrado, em que cada parte desempenha uma função específica no tratamento. O artigo ressalta, no entanto, que a participação da Odontologia nesse contexto de atenção interdisciplinar ainda precisa ser reforçada e ampliada, com mais pesquisas e levantamentos mais específicos de dados. “Muitos idosos não têm acesso ao tratamento odontológico necessário ou adequado”, acrescentam os autores, que também reforçam a urgência de preparar os profissionais para a integração interdisciplinar desde a formação.

CLÍNICA INTEGRADA: A IMPORTÂNCIA DA PROPEDÊUTICA

A avaliação inicial de qualquer paciente começa na anamnese, uma coleta importante de todas as informações possíveis relacionadas ao seu histórico. Cada dado pode ser de fundamental importância para compreender o problema, levantar pontos

de atenção e definir o melhor plano de tratamento. Essa etapa, associada ao exame físico extra e intrabucal, incluindo avaliação dos sinais vitais — pressão arterial sanguínea, qualidade do pulso e frequência cardíaca, número de incursões respiratórias e temperatura corporal —, faz parte da propedêutica clínica. “A propedêutica é um conjunto de técnicas e procedimentos por meio dos quais o paciente é ouvido e examinado com a finalidade de se chegar a uma hipótese diagnóstica e estabelecer o plano de tratamento”, explica o professor Eduardo Dias de Andrade, titular da área de Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp-SP). “Como na Medicina, ela é fundamental para a prática odontológica, pois não se pode tratar de um problema sem antes diagnosticá-lo”, acrescenta.

Como reúne informações gerais sobre a saúde e as condições do paciente, a propedêutica pode ser um primeiro alerta sobre a demanda de incluir a colaboração de outros profissionais da Odontologia e de outras áreas da saúde para estabelecer a conduta mais adequada. “A propedêutica clínica consta como conteúdo obrigatório da grade curricular do ensino de graduação em Odontologia, em que deverão ser ministrados os conhecimentos de patologia bucal, semiologia e radiologia, visando ao diagnóstico das alterações ou doenças bucomaxilofaciais”, diz Andrade.

Quando há o conhecimento prévio de alguma condição sistêmica do paciente identificada no exame clínico e na anamnese, como doenças crônicas e medicamentos que o paciente toma, possíveis alergias, comorbidades, procedimentos cirúrgicos e odontológicos prévios e sua condição clínica geral, pode haver a indicação de uma avaliação médica prévia a uma intervenção. Essa conduta integrada insere o paciente em um contexto amplo e detalhado e assegura a minimização do risco no tratamento odontológico.

MAIS CONHECIMENTO = MAIS SEGURANÇA

Além dos exemplos citados no início da reportagem, de crianças com deficiência ou de idosos, há diversas situações que requerem a troca de informações e o tratamento integrado interdisciplinar. “Os casos são variados e individualizados”, aponta Andrade. “Como exemplo, basta imaginar um paciente que faz uso contínuo de uma droga anticoagulante, com indicação para uma extração dentária. Antes de proceder, é imprescindível que o cirurgião-dentista troque informações com o médico que

atende esse paciente, com o objetivo de prevenir o sangramento excessivo durante o procedimento e no período pós-operatório, entre outros cuidados”, observa.

O contato prévio com os profissionais médicos também é indispensável no atendimento a indivíduos com cardiopatias. “É necessário avaliar, em conjunto, a indicação ou não do uso profilático de antibióticos contra a endocardite infecciosa [uma infecção do endocárdio, o revestimento interno do coração], no caso de quem apresenta alto risco para a doença”, exemplifica o professor. Segundo ele, a troca de informações com os médicos auxilia ainda no planejamento de tratamento de pacientes portadores de insuficiência renal crônica ou que apresentam histórico recente de episódios convulsivos ou crises agudas de asma brônquica.

Segundo o professor da Unicamp, aliás, os cardiologistas são os profissionais com quem os cirurgiões-dentistas mais se relacionam, pela incidência cada vez maior de pacientes odontológicos portadores de distúrbios do sistema cardiovascular, como hipertensão arterial, doenças isquêmicas do coração ou arritmias cardíacas. “Também há outras tantas especialidades médicas às quais o cirurgião-dentista encaminha seus pacientes para a troca de informações, como a otorrinolaringologia, nefrologia, endocrinologia, alergologia e imunologia, reumatologia, ortopedia, neurologia, dermatologia, além da pediatria e geriatria”, cita. “Nos dias de hoje, cumpre destacar a importância da inter-relação do cirurgião-dentista com os médicos oncologistas, ou aqueles que tratam da osteoporose, em virtude do aumento de casos de osteonecrose dos maxilares relacionada ao uso de medicamentos (MRONJ), já que o plano de tratamento dentário exige a participação de todos os profissionais envolvidos”, afirma. (Veja mais exemplos no quadro).

Os profissionais consultados podem ser aqueles que já atendiam o paciente previamente. “Em geral, é recomendado que o cirurgião-dentista se conecte com os médicos que já acompanham o paciente, pois são eles quem dispõem de todo o histórico de saúde e poderão compartilhar informações sobre seu estado físico atual. Se as informações prestadas pelo médico forem dúbias e não transmitirem a segurança necessária para a realização de um determinado procedimento odontológico, o dentista poderá sugerir ao paciente que busque uma segunda opinião ou até

mesmo indicar outros profissionais de sua confiança”, explica Andrade. Tudo depende também da preferência do paciente, depois de receber informações claras e objetivas do dentista.

EM CASO DE EMERGÊNCIA

Algumas emergências médicas podem acontecer no consultório do cirurgião-dentista e, dependendo da sua gravidade ou extensão, demandar a participação de outros profissionais de saúde. O ideal é que o dentista seja treinado e habilitado ao Suporte Básico de Vida (BLS) para resolver por si só os casos mais corriqueiros, como a lipotimia, a síncope vasovagal (desmaio) ou o engasgo. “Entretanto, há intercorrências que não poderão prescindir da ajuda médica, pela possibilidade de desfechos muito graves, como o infarto agudo do miocárdio ou as reações anafilactoides”, destaca o professor Andrade. Nestes casos, segundo ele, ocorre uma integração de urgência, por meio do acionamento de

um serviço médico, como Samu. É mais um momento em que se fazem necessários o trabalho em equipe e a consciência para agir rapidamente, em busca da ajuda apropriada.

POR TRATAMENTOS MAIS HUMANOS

Para crianças, adultos ou idosos, a ampliação das práticas e o conhecimento sobre atendimento interdisciplinar em Odontologia representa um avanço fundamental para a saúde em geral. Ganha o cirurgião-dentista, que consegue executar seu trabalho de maneira mais precisa e com maior segurança, e ganha ainda mais o paciente, que experimenta uma atenção completa e eficaz, que o compreende como um ser integral. Quando trocam conhecimentos e ideias de diferentes áreas, os profissionais de saúde unem forças e potencializam habilidades para promover ainda mais saúde, bem-estar e qualidade de vida no atendimento odontológico. ♥

QUANDO O ATENDIMENTO INTERDISCIPLINAR FAZ TODA A DIFERENÇA

O atendimento interdisciplinar em Odontologia é fundamental para alcançar melhores resultados em casos que demandam a integração de diferentes conhecimentos. Algumas situações em que a colaboração entre cirurgiões-dentistas e profissionais de outras áreas é necessária:

Traumatismos faciais

Acidentes com fraturas ou lesões dentárias demandam a atuação conjunta de cirurgiões bucomaxilofaciais, ortodontistas, protesistas e fisioterapeutas para a reabilitação funcional e estética.

Reabilitação oral completa

Quando há a perda de vários dentes, além de um cirurgião-dentista para realizar os implantes, o paciente provavelmente vai precisar de periodontista, que cuidará da saúde das gengivas, e de um protesista para restaurações protéticas.

Ortodontia complexa

Pacientes com necessidades ortodônticas severas podem requerer cirurgia ortognática, o que exigirá a atuação conjunta de ortodontistas e cirurgiões bucomaxilofaciais.

Pacientes oncológicos

O acompanhamento de pacientes em tratamento de câncer pode demandar a integração de cirurgiões-dentistas para cuidados preventivos e manejo de efeitos colaterais na cavidade

oral, atuando em parceria com profissionais como oncologistas e nutricionistas, por exemplo.

Disfunção temporomandibular (DTM)

O quadro pode envolver o trabalho conjunto entre dentistas especializados em DTM, fisioterapeutas (para melhorar a mobilidade e aliviar a dor) e psicólogos (para lidar com fatores emocionais relacionados, como bruxismo).

Doenças sistêmicas

É comum que pessoas com diagnósticos de doenças sistêmicas, como diabetes, por exemplo, precisem de cuidados conjuntos de médicos endocrinologistas e dentistas para controlar os impactos da doença na saúde periodontal.

Odontopediatria e desenvolvimento Infantil

Crianças com necessidades especiais podem necessitar de tratamentos e cuidados preventivos com a participação de odontopediatras, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais para tratar de questões relacionadas à mastigação, à respiração e à fala, por exemplo.

Gestão do fluxo de caixa

Um guia prático para você aplicar no seu consultório

Encarar a gestão do consultório do ponto de vista de uma empresa pode parecer complexo no início, mas certamente recompensador em termos de resultados e de perenidade do negócio. Precificar o tratamento, custo de aquisição de clientes, financiamento de procedimentos, gestão de inadimplência e *marketing* digital são temas que podemos abordar em edições futuras. Mas por onde começar?

“Se eu tivesse de administrar uma empresa com base em três medidas, essas medidas seriam a satisfação do cliente, a satisfação do colaborador e o fluxo de caixa.” Esta célebre frase foi dita por Jack Welch, ex-CEO da General Electric e um dos mais respeitados executivos em gestão de empresas do mundo.

Hoje vamos falar sobre o pilar financeiro preconizado por Welch: o fluxo de caixa. A gestão dele é essencial para qualquer consultório odontológico, seja de um profissional que trabalha sozinho, seja de uma rede com diversas clínicas. Com ele é possível ter uma visão ampla da saúde financeira da clínica, entender a rentabilidade do negócio, prever o futuro do caixa e até servir como medida de valor da clínica em uma eventual venda.

Listamos abaixo um passo a passo para estruturar esse processo, que envolve o controle minucioso das entradas e saídas de dinheiro para garantir que o negócio se mantenha sustentável e capaz de crescer ao longo do tempo.

ENTENDA O FLUXO DE CAIXA

Ele pode ser dividido em **três partes principais**:



ENTRADAS/RECEITAS
DINHEIRO RECEBIDO POR ATENDIMENTOS (PARTICULARES E CONVÊNIOS), VENDA DE PRODUTOS ODONTOLÓGICOS, LOCAÇÃO DA CADEIRA PARA TERCEIROS E OUTRAS FONTES.



SAÍDAS/DESPESAS
GASTOS COM ALUGUEL, CONTAS DE ÁGUA, LUZ, MATERIAL ODONTOLÓGICO, FOLHA DE PAGAMENTO (SE HOUVER EQUIPE), FINANCIAMENTO DE EQUIPAMENTOS E IMPOSTOS.



SALDO
O QUE SOBRA APÓS SUBTRAIR AS SAÍDAS DAS ENTRADAS. É CRUCIAL ACOMPANHAR PARA NÃO OPERAR NO NEGATIVO.

LEMBRE-SE! O saldo inicial do caixa no dia somado às receitas e subtraído das despesas deve ser igual ao saldo final do dia.

iStockphoto

SEPARE OS GASTOS DO CONSULTÓRIO DOS GASTOS PESSOAIS

Um erro comum, especialmente quando se trabalha sozinho, é utilizar o mesmo banco ou os mesmos cartões de crédito para os gastos pessoais/familiares e os gastos da clínica. Esse comportamento dificulta o controle das finanças, distorce a rentabilidade da clínica e pode causar uma falta de caixa para compras de insumos ou aluguel, necessários para a prestação de serviços futuros.

Para não misturar as finanças pessoais com as do consultório, abra uma conta exclusiva para as movimentações do seu negócio, como recebimento de pacientes e pagamentos de materiais. Também defina uma retirada fixa mensal, como um salário, evitando utilizar o caixa do consultório para cobrir gastos pessoais imprevistos.

USE UM CONTROLE DIÁRIO

Manter um controle diário das movimentações financeiras evita surpresas desagradáveis. Utilize uma planilha ou *software* de gestão financeira para registrar:

- **Entradas:** valor e data de recebimento – com a descrição do paciente, procedimento, tipo de paciente (particular ou convênio) e forma de pagamento.
- **Saídas:** valor e data de pagamento – com descrição de categoria, data de vencimento e se o gasto é fixo ou variável.

A digitalização dos prontuários também contribui para a redução de erros, libera espaço físico e diminui custos de armazenamento, além de evitar a perda de documentos importantes.

DESTRINCHANDO AS ENTRADAS

Parte da precificação dos procedimentos odontológicos e de sua rentabilidade está relacionada com o prazo de recebimento das receitas do serviço prestado. As receitas via cartão de crédito, cheque, boletos e convênios têm diferentes prazos de recebimento. Leve em consideração que o parcelamento dos procedimentos pode atrair mais clientes, mas vai exigir mais dinheiro em caixa (capital de giro) para suportar os gastos antes de as receitas desses procedimentos começarem a entrar.

Não deixe de registrar em seu controle no horizonte de pelo menos 6 meses as receitas dos procedimentos que não forem pagos à vista. Considere também a possibilidade de parte dos pagamentos via boleto não ser quitada, pois a inadimplência também precisa ser gerida.

Tenha cuidado com a antecipação de recebíveis. Algumas maquininhas de cartão de crédito permitem antecipar o recebimento das parcelas. Os bancos geralmente cobram uma taxa de juros mais elevada por essa antecipação, então certifique-se de que o procedimento tenha rentabilidade suficiente para que os seus custos, somados aos juros da antecipação não superem o valor recebido.

DESTRINCHANDO AS SAÍDAS

As despesas podem ser fixas ou variáveis. Despesas fixas são aquelas que ocorrem no seu consultório independentemente do número de atendimentos, como aluguel, salários e financiamentos. Despesas variáveis são aquelas atreladas ao atendimento, como o material utilizado. Note que, quanto menor forem suas despesas fixas, mais fácil será rentabilizar o consultório, necessitando de menos pacientes para tanto.

Assim como as entradas, é importante prever em seu controle diário as saídas em um horizonte de 6 meses. Com as entradas e saídas previstas em seu controle, é possível projetar um fluxo de caixa futuro, o que lhe dará tranquilidade na tomada de decisão.

Sempre que considerar pedir um empréstimo para a ampliação do consultório, cobrir um imprevisto ou aproveitar o desconto de um fornecedor, considere os juros envolvidos e se a parcela caberá no seu fluxo de caixa projetado.

PRONTO PARA GESTÃO

Uma boa gestão de fluxo de caixa não apenas mantém o consultório financeiramente saudável, mas também permite identificar oportunidades de crescimento e evitar crises. O segredo está no planejamento, na disciplina e no uso de estratégias adequadas para monitorar o desempenho financeiro para tomar boas decisões. ♥



Diego Lyra

Engenheiro pela Poli-USP, tem MBA em Finanças Corporativas pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) e atualmente é responsável pela área de Expansão e Cadeia de Valor na Odontoprev.

Realidade aumentada

O mundo virtual e real se unem na formação de profissionais de Odontologia

Inserir um estudante de Odontologia em situações de emergência ou até mesmo de rotina de consultório de modo realista é possível com o uso da realidade virtual aumentada (RVA). Por meio do uso da tecnologia para simular ocorrências, os alunos podem experimentar vivências, pensar em diagnósticos e em soluções, aprender a agir diante de imprevistos e aprimorar técnicas, em trabalhos que terão impacto ao longo de toda a sua carreira.

É o que acontece diariamente no Laboratório de Simulação Clínica Realística e de Realidade Virtual Aumentada do Departamento de Cirurgia, Prótese e Traumatologia Maxilofaciais, o Lab.Sim-ODC, coordenado pelo professor **Oswaldo Crivello Junior**, na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP). A seguir, ele fala um pouco sobre os desafios da criação e da implementação do laboratório e também das inúmeras possibilidades do uso da RVA no ensino da Odontologia. O futuro é agora!

Arquivo pessoal

Qual é a definição de realidade aumentada e qual é a importância de sua utilização na Odontologia?

A RVA é uma tecnologia que integra as informações virtuais ao mundo real, proporcionando uma experiência interativa e imersiva. Ela oferece novas possibilidades para o raciocínio diagnóstico, reflexões sobre opções de tratamento e sobre a formação complementar do cirurgião-dentista. A realidade aumentada possibilita também o desenvolvimento das habilidades necessárias para maior segurança no que tange a atividade do profissional.

Em que tipos de situação o treinamento pode ser fundamental no atendimento a um paciente?

As possibilidades são inúmeras, não apenas na contribuição para o desenvolvimento do correto raciocínio diagnóstico, como também no reposicionamento frente a imprevistos, nas opções terapêuticas e no entendimento e na prevenção de interações medicamentosas, como no caso de anestésicos locais. Neste caso, a RVA possibilita não apenas a indicação do correto anestésico como o aperfeiçoamento da habilidade da técnica. Mas há outras aplicações, em cirurgias, nos tratamentos endodônticos e em dentística.

O LEME, da FOUSP, surgiu em 2008. Não faz tanto tempo, mas desde então houve mudanças significativas na tecnologia que permitam novas maneiras de explorar o conhecimento e expandir as possibilidades pedagógicas do laboratório?

O Laboratório de Emergências Médicas em Odontologia surgiu como um laboratório de simulação clínica com manequins realistas. A simulação clínica realística é uma estratégia de ensino. O LEME surgiu, inicialmente, apenas para o ensino do suporte básico de vida e de estudos sobre emergências médicas que possam ocorrer no ambiente profissional odontológico. Em 2021, ele foi absorvido pelo Lab.Sim-ODC, inaugurado naquele ano. Seu escopo foi ampliado para as diferentes áreas de atuação do profissional, não se limitando mais apenas a emergências.

Temos, além do consultório de simulação com sala espelhada, um espaço destinado à realidade virtual onde desenvolvemos trabalhos em conjunto com o Professor Romero Tori, da Escola Politécnica, e a Professora Maine Skelton, do Departamento de Dentística da FOUSP. Essas novas tecnologias nos apontam para o futuro pedagógico do ensino da Odontologia.

Quais foram os principais desafios na criação do laboratório?

Uma das dificuldades foi mostrar aos colegas que existiam outros locais para a formação do aluno, além das salas teóricas e dos laboratórios multidisciplinares, enfocados apenas no desenvolvimento de habilidades. É um desafio que persiste nos dias de hoje.

Hoje, existem outras universidades que também usam a realidade aumentada na docência?

Não posso afirmar que sim, pois não tenho absoluto conhecimento de todas as instituições, mas o fato é que, mesmo nos congressos de realidade virtual aumentada, não vemos exemplos aplicados à Odontologia, apenas à Medicina.

Recentemente, um expositor de um desses congressos, de uma importante indústria de desenvolvimento de simulações realísticas (clínicas e virtuais), me disse que a Odontologia é um universo ainda desconhecido para eles.

A realidade aumentada pode ser usada também no dia a dia dos consultórios de alguma forma?

Inicialmente, é necessário ainda desenvolvê-la no ensino para depois vermos as possibilidades de utilização no dia a dia do cirurgião-dentista.

O senhor se lembra de algum estudo de caso mais marcante em que a realidade aumentada tenha feito toda a diferença, para exemplificar?

Diversas situações já me foram relatadas por ex-alunos que fizeram intervenções em seus pacientes, em situações que fugiam da rotina, e que conseguiram enfrentá-la e resolvê-la por terem aprendido a fazê-lo no LEME. São exemplos que nos fazem acreditar que o caminho trilhado em 2008 foi o mais correto para a formação desses alunos.

Qual é o futuro da realidade aumentada na Odontologia?

Embora este seja um enorme exercício de futurologia, se olharmos as diferentes aplicações de RVA feitas atualmente em diversas outras áreas, até mesmo no campo do entretenimento, não podemos deixar de acreditar que o futuro está completamente aberto a todas as possibilidades. No Lab.Sim-ODC, estamos desenvolvendo programas para as cirurgias de terceiros molares com professores da Escola Politécnica da USP.

A integração das ciências básicas com as clínicas é outro exemplo para o futuro. Outro exemplo marcante é a contribuição em projetos voltados para a anatomia dentária, desenvolvidos pela Professora Maine Skelton, entre outros. ♥



Juntos, por mais sorrisos!

Chegou a hora de estarmos mais próximos novamente! É com grande entusiasmo que anunciamos que este ano **retomaremos os encontros presenciais com nossa rede credenciada!** Este momento tão aguardado será uma excelente oportunidade para reconectar, trocar experiências e fortalecer as parcerias que tanto valorizamos. Será um espaço dedicado à colaboração, onde poderemos compartilhar aprendizados, alinhar objetivos e construir um futuro ainda melhor para a odontologia. Acreditamos que, unidos, temos o potencial para alcançar resultados extraordinários e enfrentar desafios com criatividade e inovação.

Fique de olho que em breve enviaremos mais detalhes sobre data, local e programação!

Agradecemos pela parceria contínua, e seguimos juntos, com o nosso compromisso de impulsionar a odontologia de qualidade!

ANS - nº 301949

Odontoprev - CRO/SP nº 2728 | RT: J. M. Benozatti - CRO/SP nº 19009

 **odontoprev**